FORMACIÓN CONTINUADA

# Taller práctico: Prevención de los accidentes de buceo en los reconocimientos médicos

**J. L. Cristobal Rodríguez**

Servicio de Sanidad Marítima. Instituto Social de la Marina. Baleares

RESUMEN
Para los asistentes a esta reunión de trabajo la condición física y psicológica de los buceadores profesionales es importantísima debido a la dureza y peligrosidad de las actividades laborales que realizan. La responsabilidad de los médicos reconocedores de los buceadores es muy grande por lo que se considera necesario hacer un examen médico minucioso de estos trabajadores y se acuerda validar un protocolo de exámen medico de buceo profesional que se tratara de difundir para su cumplimentación generalizada entre todos los facultativos acreditados para expedir Reconocimientos Médicos de buceo profesional.
**Palabras clave:** Buceo

SUMMARY
Participants to this workshop came to the conclusion that physical and psychological fitness of professional divers is very important because of their hard and dangerous work. They agreed that doctors in charge of their medical exams have a great responsability; so then a medical record for professional divers was validated and it should be divulged to all authorized doctors to make this health exam more thorough and homogeneous.
**Key words:** Diving

Reunidos 14 socios de la S.E.M.M. en el Aula Magna del Centro de Formación Ocupacional Marítima de Bamio se reflexionó ampliamente sobre los Reconocimientos Médicos en Buceadores Profesionales acordándose los siguientes puntos:

1. Validación del documento denominado "**Protocolo de examen médico de buceo profesional**" que habia sido elaborado inicialmente por un grupo de médicos de la Sociedad Española de Medicina Marítima, con diplomatura en Medicina Subacuática coordinado por el Dr. Jose Luis Cristobal. Los apartados de este documento son:

**- Filiación**
**- Tipo de examen médico**
**- Datos del centro reconocedor**
**- Historia laboral**
**- Historial médico - clínico:**
  *Somatometría
  *Ap. Respiratorio
  *Ap. Cardiovascular
  *O.R.L.
  *Oftalmología
  *Ap. Digestivo
  *Neurología y Psiquiatría
  *Ap. Locomotor
  *Dermatología
  *Test de recompresión a 2 Atm.
- **Analítica**
**- Resumen**
**- Resultado**
**- Pruebas a realizar en el proximo examen medico**:
 * exploraciones complementarias  * analítica
- **anexo (códigos O.M.S.).**

2. El documento debería pertenecer a una base de datos informática, accesible para todos los facultativos que estuvieran acreditados por la Secretaría General de Pesca u otra entidad competente.

3. No es necesario que se cumplimenten todos los datos y exploraciones de este documento en todos los reconocimientos médicos que se le efectúen a un mismo buceador profesional, se aconseja consultar los protocolos previos de un mismo paciente antes de rellenar el actual. Este protocolo debe considerarse como una herramienta flexible susceptible de ser modificada con el transcurso del tiempo.

4. Mientras no se disponga de un banco informático propio de buceadores profesionales, el archivo de las Historias debe ser convencional aconsejándose, por ejemplo, poner en la línea resumen de la historia informática de la base de datos del Servicio de Sanidad Marítima del Instituto Social de la Marina una frase en la que se haga referencia a que se ha redactado el documento de R.M. de buceo (por ejemplo:"PROTOCOLO DE BUCEO Nº XXX").

PROTOCOLO DE EXAMEN MÉDICO
BUCEO PROFESIONAL

FILIACIÓN

Apellidos . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Nombre . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Sexo: 91 V 92 M NºHistoria □□□□□□

D.N.I. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Fecha de Nacimiento□□□□□□□□ □□ años
DOMICILIO . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . CP: □□□□□
Población . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Provincia . . . . . . . . . . . . . . . . . .

TIPO DE EXAMEN MÉDICO

□1. INICIAL
□2. PERIÓDICO ORDINARIO
□3. RENOVACIÓN TÍTULO
□4. ESPECIAL TRAS ENFERMEDAD/ACCIDENTE
□5. ESPECIAL POR CAMBIO A TRABAJO A MAYOR RIESGO
□6. ESPECIAL POR NUEVA TITULACION
□7. ESPECIAL A PETICIÓN PROPIO TRABAJADOR
□8. ESPECIAL A PETICIÓN EMPRESA
□9. ESPECIAL A PETICIÓN INSPECCIÓN MÉDICA

A consignar: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

DATOS DEL CENTRO

CENTRO DE RECONOCIMIENTO MÉDICO DE: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .
CÓDIGO DOCTOR: □□□□□
FECHA EN QUE SE INICIA: □□ / □□ / □□□□

En las casillas o en los cuadros, marque lo más adecuado con un aspa. En los predefinidos, un carácter por espacio. En texto libre, sea breve y claro, por favor.

## *HISTORIA LABORAL*

Tiene algún título deportivo?: 91 SI 92 NO

¿Convalidó titulación militar?: 91 SI 92 NO

¿Cual?:
91 BUCEADOR ELEMENTAL
92 BUCEADOR AYUDANTE
93 APTITUD BUZO
94 ESPECIALIDAD BUZO

Por:

| | |
|---|---|
| 91 BUCEADOR 2ª RESTRINGIDO | 94 INSTRUCTOR PROFESIONAL |
| 92 BUCEADOR DE 2ª | 95 MONITOR DEPORTIVO |
| 93 BUCEADOR 1ª | 96 INSTRUCTOR DEPORTIVO |

Titulación actual:

| | |
|---|---|
| 91 BUCEADOR 2ª RESTRIGIDA | 94 INSTRUCTOR PROFESIONAL |
| 92 BUCEADOR 2ª | 95 INSTRUCTOR DEPORTIVO |
| 93 BUCEADOR 1ª | 96 MONITOR DEPORTIVO |

Obtenida el año: 1.9□ □

¿Posee alguna Especialidad?: 91 NO
¿Cual?: 92 INSTALACIONES SISTEMAS BUCEO
93 REPARACION Y SALVAMENTO
94 CORTE Y SOLDADURA
95 OTRAS

Actividad habitual en buceo:

| | | |
|---|---|---|
| 91 CONSTRUCCIÓN | 96 OBRAS HIDRÁULICAS | 911 CLUB NÁUTICO |
| 92 CENTRO TURISTICO | 97 ENSEÑANZA PROFESIONAL | 912 EXPLOSIVOS |
| 93 CORALERO | 98 ENSEÑANZA DEPORTIVA | 913 OPERADOR CAMARA |
| 94 MARISQUERO | 99 PLATAFORMAS OFF-SHORE | 914 SALVAMENTO |
| 95 ACTIV. CIENTIFÍCAS | 910 SIN EXPERIENCIA | 915 OTRAS |

Inmersiones realizadas en el último año:
91 < 50 92 50-100 93 100-200 94 > 200

Características de las mismas:
91 < 15 m. 92 hasta 30 m. 93 > de 30 m. 94 variable

¿Realiza inmersiones deportivas? 91 SI 92 NO
Máxima profundida alcanzada□ □ □

En las casillas o en los cuadros, marque lo más adecuado con un aspa. En los predefinidos, un carácter por espacio. En texto libre, sea breve y claro, por favor.

# HISTORIAL MÉDICO

## HISTORIAL CLÍNICO

### *ANTECEDENTES FAMILIARES*

| | PADRE | | MADRE | | | Algún familiar con: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| VIVE: | 0 | 1 | 2 | 1 | SANO | |
| MUERTO: | 1 | 2 | 3 | 2 | DIABETES | 40 |
| | | 3 | | 3 | ENDOCRINOPATÍA (Otra) | 41 |
| | | 4 | | 4 | HIPERTENSIÓN | 42 |
| | | 5 | | 5 | CARDIOPATÍA | 43 |
| | | 6 | | 6 | A.C.-V.A. | 44 |
| | | 7 | | 7 | VASCULAR PERIFÉRICA | 45 |
| | | 8 | | 8 | ASMA | 46 |
| | | 9 | | 9 | BRONCOPATÍA (Otras) | 47 |
| | | 10 | | 10 | EPILEPSIA | 48 |
| | | 11 | | 11 | PATOL. NEUROLOG. (Otras) | 49 |
| | | 12 | | 12 | NO SABE | 50 |

### *ANTECEDENTES PERSONALES*

Accidentes/Intervenciones:

Fracturas sin complicaciones □0 | Cirugía Abdominal □3
Fracturas con reducción quirúrgicas □1 | Otras (concretar) □4
Traumatismo Cráneo-Encefálico □2

Enfermedades:

| | | |
|---|---|---|
| □5 Alergias Medicamentosas | □14 Hernia Discal | □24 Tiroides |
| □6 Alergia estacional | □15 Hernia de Hiato | □25 Tuberculosis |
| □7 Asma | □16 Hernia Inguinal | □26 Ulcus Gastr. |
| □8 Catarros frecuentes | □17 Hernia Abdominal | □27 Vértigos |
| □9 Convulsiones | □18 Hiperlipidemia | □28 Enf. Cardiopulmonar |
| □10 Desmayos | □19 Hipertensión | □29 Enf. Endocrina |
| □11 Diabetes | □20 Enf. De Menière | □30 Enf. Osteomuscular |
| □12 Gastritis | □21 Neumotorax | □31 Enf. Psiquiátrica |
| □13 Hemorroides | □22 Otitis | □32 Enf. Neurológica |
| □34 Otras | □23 Hepatopatia | □33 Sin antecedentes |

Patologías disbáricas:

| | | |
|---|---|---|
| □35 Barotraumatismo ótico | □38 Enf. Desc.Cutánea | □41 Osteonecrosis Disb. |
| □36 Barotraumatismo sinusal | □39 Enf. Osteo-muscular | □42 Narcosis |
| □37 Barotraumatismo pulmonar | □40 Enf. Neurologica | □43 Intoxicación por $O_2$ |

Hábitos:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Alcohol: | □0 Nunca | □1 Ocasional | | □□□Consumo/dia (en gr de alcohol) |
| Drogas: | □2 Nunca | □3 Ocasional | □4 Hábito | |
| Tabaco: | □5 Nunca | □6 Dejo >1 año | | □8 Fuma <10/d. |
| | | □7 Dejo >5 a. | □9 Fuma 10-20/d. | |
| | | | □10 Fuma >20/d. | |

Certifico la veracidad de los datos comunicados al médico examinador en estos apartados (firmar)

# *EXPLORACION CLÍNICA*

## *SOMATOMETRIA*

PESO: □□□Kg. TALLA: □□□ cm.
Pliegue cutáneo: □□□ cm. Diámetro Epicóndilo: □□□ cm.
Hábito corporal: □1 Atlético □2 Asténico □3 Leptosómico □4 Pícnico

## *AP. RESPIRATORIO*

| | | N | D | P | R |
|---|---|---|---|---|---|
| Inspección | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Auscultación | | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Rx Torax | P. A. | 9 | 10 | 11 | 12 |
| | LAT. | 13 | 14 | 15 | 16 |

| Espirometría | Observ. | Referencia | % |
|---|---|---|---|
| F.V.C. | | | |
| $F.E.W_1$* | | | |
| $F.E.W_1$/ F.V.C** | | | |

A CONSIGNAR: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .
NOTAS: =N: Normal, D: Dudoso, P: Patológico, R: No Realizado *V.E.M.S. ** Indice de Tiffeneau

## *AP. CARDIOVASCULAR*

| | N | D | P | R |
|---|---|---|---|---|
| Auscultación | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Pulsos Perif. | 5 | 6 | 7 | 8 |
| E.C.G. | 9 | 10 | 11 | 12 |
| Ergometría | 13 | 14 | 15 | 16 |

Presión Arterial: □□□ / □□□ mmHg.
P.A. Posterfuerzo: □□□ / □□□ mmHg.

Test de esfuerzo

Pulsaciones en reposo □□□),
Ejercicio (30 flex.piernas en 45") +
Pulsaciones al finalizar ejercicio □□□ )1
+
Pulsaciones despues de 1 minuto □□□ ),

+))))))))))))))))))))))))))))))) -
I.de RUFFIER: ( □□□ -200) / 10 = □))) ))),

+))))))) ))))))))))))))))))+))))))))))-
1□ 0 a 2 (Atlético) 2□ 3 a 5 (Bien)
3□ 5 a 10 (Regular) 4□ 10 a 15 (Mal)

A CONSIGNAR: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

En las casillas o en los cuadros, marque lo más adecuado con un aspa. En los predefinidos, un carácter por espacio. En texto libre, sea breve y claro, por favor.

**O.R.L.**

| | Normal | | Dudoso | | Patol. | | No efec. | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | D | I | D | I | D | I | D | I |
| Otoscopia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Expl. Orofaringea | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| Dentadura | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| Rx senos | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 |
| Valsalva | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 |
| Impedanciometria | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 |
| Audiometria | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 |

| O.Dcho. dB | 0.25 | 0.5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 6 | 8 Khz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | |
| 30 | | | | | | | | |
| 40 | | | | | | | | |
| 50 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| O.Izdo. dB | 0.25 | 0.5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 6 | 8 Khz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | |
| 30 | | | | | | | | |
| 40 | | | | | | | | |
| 50 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

A CONSIGNAR . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**OFTALMOLOGÍA**

| | | Normal | | Dudoso | | Patol. | | No hecho | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | D | I | D | I | D | I | D | I |
| Agudeza visual | con corrección | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | sin corrección | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| Campimetria | | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| Visión cromática | | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 |

A CONSIGNAR . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**AP. DIGESTIVO**

| | Normal | Dudoso | Patol. | No hecho |
|---|---|---|---|---|
| Expl. Abdominal | 1 | 2 | 3 | 4 |

A CONSIGNAR . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

En las casillas o en los cuadros, marque lo más adecuado con un aspa. En los predefinidos, un carácter por espacio. En texto libre, sea breve y claro, por favor.

## NEUROLOGÍA

| | Normal | Dudoso | Patol. | No hecho |
|---|---|---|---|---|
| Exploración | 1 | 2 | 3 | 4 |

A CONSIGNAR (y pruebas efectuadas) . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .
. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

## PSIQUIATRÍA

| | Normal | Dudos o | Patol. | No hecho |
|---|---|---|---|---|
| Exploración | 1 | 2 | 3 | 4 |

## DERMATOLOGÍA

| | Normal | Dudos o | Patol. | No hecho |
|---|---|---|---|---|
| Inspecció n | 1 | 2 | 3 | 4 |

A CONSIGNAR: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .
. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

## AP. LOCOMOTOR

| | Normal | | Dudoso | | Patol. | | No hecho | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | D | I | D | I | D | I | D | I |
| Exploración | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Rx Hombro | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| Rx Cadera | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| Rx Fémur/Tibia | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 |

A CONSIGNAR . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .
. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .
. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

## *TEST DE RECOMPRESIÓN A 2 ATM EN CAMARA HIPERBÁRICA*

Normal □1 Dudoso □2 No superado □3 No efectuado □4

## ANALÍTICA

Hematología:
Hematies: □□□□ Hb: □□□ Hcto: □□□ VCM: □□□ MCH: □□□ CHCM: □□□
Leucocitos: □□□□□□ Fórmula: □ Normal □Patol. Plaquetas: □□□

Bioquímica:
Glucemia: □□□ Triglic: □□□ Colest. T: □□□ Col.HDL: □□□ Ac. Urico: □□□
GOT/AST: □□□□ GPT/ALT: □□□□ γGT: □□□ Creatinina: □□□ C.P.K.: □□□

Orina:

| | | Normal | Anormal | (Especificar) |
|---|---|---|---|---|
| Bio-química | Glucosuria | 0 | 1 | |
| | Proteinuria | 2 | 3 | |
| | Microhematuria | 4 | 5 | |
| | Otras (especificar) | | | |
| Sedimento | | 6 | 7 | |

Urocultivo: □8 Si □9 No
Motivo:
. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .
Resultado:
. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .
. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .
. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Otras: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .
. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

### *RESUMEN (TEXTO LIBRE)*

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .
. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .
. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .
. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .
. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

### *RESULTADO*

APTO para □1 BUCEO POCA PROFUNDIDAD
□2 BUCEO MEDIA PROFUNDIDAD
□3 ENSEÑANZA
□4 TODO TIPO DE ACTIVIDAD

FECHA DEL PROXIMO RECONOCIMIENTO MÉDICO □□ / □□ / 1.9□□

NO APTO □5 TEMPORAL, hasta resolución cuadro (Cod. O.M.S. □□□□ □□□□ □□□□)
□6 PERMANENTE (Cod. O.M.S. □□□□ / □□□□ / □□□□)

### *PRUEBAS A REALIZAR EN EL PROXIMO EXAMEN MÉDICO*

### *EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS*

RUTINARIAS
- □1 TODAS
- □2 Rx TÓRAX P.A.
- □3 ESPIROMETRÍA
- □4 RUFFIER
- □5 AGUDEZA VISUAL
- □6 AUDIOMETRÍA
- □7 E.C.G

EXCEPCIONALES
- □8 E.E.G.
- □9 Rx TÓRAX LATERAL
- □10 SENOS
- □11 HOMBROS
- □12 CADERAS
- □13 FEMUR/TIBIA
- □14 IMPEDANCIOMETRÍA
- □15 TEST Goldberg
- □16 CAMPIMETRÍA

### *ANALÍTICA*

RUTINARIA
- □17 SI
- □18 NO

EXCEPCIONALES (especificar)
- □19 _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
- □20 _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
- □21 _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
- □22 _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
- □23 _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
- □24 _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
- □25 _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

En las casillas o en los cuadros, marque lo más adecuado con un aspa. En los predefinidos, un carácter por espacio. En texto libre, sea breve y claro, por favor.

## *ANEXO*
## *CODIGOS O.M.S.*

**GENERAL**
084.- PALUDISMO 110.- DERMATOFITOSIS 250.- DIABETES MELLITUS 272.- TRASTORNOS METAB. LIPID 274.- GOTA 278.- OBESIDAD Y OTRAS ORMAS DE HIPERALIMENTACION 280.- ANEMIAS POR DEFICIENCIA DE HIERRO 286.- DEFECTOS DE COAGULACION 288.- ENFERMEDADES DE LOS LEUCOCITOS

**PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA**
291.- PSICOSIS ALCOHOLICAS 300.- TRASTORNOS NEUROTICOS 303.- SINDROME DE DEPENDENCIA DEL ALCOHOL305.- ABUSO DE DROGAS, SIN DEPENDENCIA 308.- REACCION AGUDA ANTE GRAN TENSION 309.- REACCION DE ADAPTACION 332.- ENFERMEDAD DE PARKINSON 345.- EPILEPSIA 346.- JAQUECA 359.- DISTROFIAS MUSCULARES Y OTRAS MIOPATIAS

**OFTALMOLOGIA**
360.- TRASTORNOS DEL GLOBO OCULAR 361.- DESPRENDIMIENTO Y DEFECTOS DE LA RETINA 365.- GLAUCOMA 366.- CATARATA 367.- TRASTORNOS DE REFRACCION Y DE ACOMODACION 368.- ALTERACIONES DE LA VISION 369.- CEGUERA Y DISMINUCION DE LA AGUDEZA VISUAL

**O.R.L**
380.- TRASTORNOS DEL OIDO EXTERNO 381.- OTITIS MEDIA AGUDA NO SUPURATIVA Y TRAST.DE TROMPA DE EUSTAQUIO 382.- OTITIS MEDIA SUPURADA Y LA NO ESPECIFICADA 383.- MASTOIDITIS Y AFECCIONES RELACIONADAS 384.- OTROS TRASTORNOS DE LA MEMBRANA DEL TIMPANO 385.- OTROS TRASTORNOS DEL OIDO MEDIO Y DE LA MASTOIDES 386.- SIND.VERTIGINOSO Y TRASTORNOS DEL SISTEMA VESTIBULAR 387.- OTOSCLEROSIS 389.- SORDERA

**CARDIOLOGIA**
394.- ENFERMEDADES DE LA VALVULA MITRAL 396.- ENF. VALVULAS MITRAL Y AORTICA 401.- HIPERTENSION ESENCIAL 402.- ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA 405.- HIPERTENSION SECUNDARIA 410.- INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO 412.- INFARTO ANTIGUO DEL MIOCARDIO 413.- ANGINA DE PECHO 415.- ENFERMEDAD CARDIOPULMONAR AGUDA 416.- ENFERMEDAD CARDIOPULMONAR CRONICA 422.- MIOCARDITIS AGUDA 425.- CARDIOMIOPATIA 426.- TRASTORNOS DE LA CONDUCCION 427.- DISRITMIA CARDIACA 428.- INSUFICIENCIA CARDIACA 435.- ISQUEMIA CEREBRAL TRANSITORIA 440.- ATEROSCLEROSIS 441.- ANEURISMA AORTICO 442.- OTROS ANEURISMAS 451.- FLEBITIS Y TROMBOFLEBITIS 454.- VARICES DE LOS MIEMBROS INFERIORES 455.- HEMORROIDES 458.- HIPOTENSION

**RESPIRATORIO**
461.- SINUSITIS AGUDA 462.- FARINGITIS AGUDA 463.- AMIGDALITIS AGUDA 466.- BRONQUITIS Y BRONQUIOLITIS AGUDAS 472.- FARINGITIS Y RINIFARING.CRONICAS 473.- SINUSITIS CRONICA 477.- RINITIS ALERGICA 491.- BRONQUITIS CRONICA 492.- ENFISEMA 493.- ASMA 494.- BRONQUIECTASIA 511.- PLEURESIA 512.- NEUMOTORAX 515.- FIBROSIS PULMONAR POSINFLAMATORIA

**DIGESTIVO**
523.- EN. PERIODONTALES Y DE LA ENCIA 529.- AFECCIONES DE LA LENGUA 530.- ENFERMEDADES DEL ESOFAGO 531.- ULCERA GASTRICA 532.- ULCERA DUODENAL 533.- ULCERA PEPTICA,DE SITIO NO ESPECIFICADO 550.- HERNIA INGUINAL 553.- OTRA HERNIA DE LA CAVIDAD ABDOMINAL SIN MENCION DE OBTRUCCION NI GANGRENA 571.- CIRROSIS Y OTRAS ENFERMEDADES CRONICAS DEL HIGADO

**RENAL**
581.- SINDROME NEFROTICO 582.- GLUMERULONEFRITIS CRONICA 585.- INSUFICIENCIA RENAL CRONICA 712.- ARTROPATIAS CRISTALOGENAS (GOTA)

**LOCOMOTOR**
712.- ARTROPATIAS CRISTALOGENAS (GOTA) 715.- OSTEOARTROSIS Y TRASTORNOS AFINES 722.- TRANS-TORNOS DE LOS DISCOS INTERVERTEBRALES 730.- OSTEOMIELITIS, PERIOSTITIS Y CONDRITIS 733.- OTROS TRANSTORNOS DE LOS HUESOS Y DE LOS CARTILAGOS 733.4.- NECROSIS ASEPTICA

**VARIOS**
783.- SINTOMAS REFERENTES A LA NUTRICION, AL METABOLISMO Y AL DESARROLLO 785.- SINTOMAS CARDIOVASCULARES 851.- LACERACION Y CONTU-SION CEREBRALES 860.- NEUMO Y HEMOTORAX TRAUMATICOS 993.- EFECTOS DE LA PRESION ATMOSFERICA 993.0.- BAROTRAUMA OTICO 993.1.- IDEM. SINUSAL 993.3.-IDEM. PULMONAR

En las casillas o en los cuadros, marque lo más adecuado con un aspa. En los predefinidos, un carácter por espacio. En texto libre, sea breve y claro, por favor.